



SOLIDÃO E RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DA BATALHA

**Instituto de Serviço Social | Universidade
Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
| LusoGlobe**

Investigador Principal: Fátima Gameiro

**Equipa: Fátima Gameiro, Beatriz Rosa, Paula Ferreira, Ana
Paula Garcia, & Carlos Poiães**

julho 2026

UNIVERSIDADE  LUSÓFONA



ÍNDICE GERAL

Introdução	4
1. Definição e Justificação do Problema	5
1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social	5
1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco	5
1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos	6
2. Objetivos	8
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Procedimentos e Recolha de Dados	9
3.3. Instrumentos	9
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	10
3.5. Análise Estatística	10
3.6. Considerações Éticas	10
3.7. Participantes	11
4. Resultados	14
4.1. Perceção de Solidão	14
4.2. Perceção de Violência	15
4.3. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	17
4.4. Relação entre a perceção da solidão e a perceção do risco de violência nas pessoas idosas.	20
Considerações finais	21
Recomendações	23
Referências	27
Bibliografia Complementar	29
Anexo	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados	10
Tabela 2. Caraterização sociodemográfica da amostra	11
Tabela 3. Caraterização da condição habitacional e social da amostra.....	12
Tabela 4. Perceção de solidão	14
Tabela 5. Perceção de violência.....	16
Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.....	18
Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	19
Tabela 8. Relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.	20
Tabela 9. Principais recomendações para o concelho da Batalha	25

Introdução

Portugal é um dos países europeus com maior índice de envelhecimento populacional, refletindo uma tendência demográfica persistente que coloca desafios significativos às políticas sociais, aos sistemas de saúde e às respostas comunitárias. Este cenário torna particularmente relevante a análise das condições de vida, do bem-estar e dos fatores de vulnerabilidade da população idosa, nomeadamente no que se refere à solidão e ao risco de violência.

A solidão e a violência contra pessoas idosas constituem fenómenos complexos e frequentemente invisibilizados, com impactos profundos na saúde física, mental e psicossocial, comprometendo a qualidade de vida e o ideal de envelhecimento ativo, digno e seguro. Não obstante a progressiva centralidade política e institucional atribuída ao envelhecimento, estes fatores de risco continuam a carecer de abordagens integradas, contextualizadas e centradas na perceção das próprias pessoas idosas.

Apesar da crescente atenção dedicada ao envelhecimento populacional e às suas implicações, persistem lacunas na investigação que explorem, de forma sistemática e integrada, as perceções das pessoas idosas relativamente à solidão e ao risco de violência, dois fatores críticos de vulnerabilidade psicológica e social. Em particular, são escassos os estudos que privilegiam abordagens participativas e que articulam fatores sociodemográficos, contextuais e psicossociais na análise destes fenómenos, sobretudo em contextos rurais e de baixa densidade populacional.

O presente relatório insere-se no âmbito do projeto RIVIS 65+ - financiado pelo Programa Seed Funding (Referência COFAC/ILIND/Lusoglobe/1/2025) - e tem como objetivo caracterizar a situação de solidão e o risco de violência na população com 65 ou mais anos residente no concelho da Batalha. Ao reforçar o conhecimento sobre a realidade local e valorizar a participação das pessoas idosas e das entidades de proximidade, o estudo procura fornecer evidência empírica relevante para a identificação de fatores de risco e de proteção, apoiar a definição de estratégias de intervenção ajustadas ao território e contribuir para a conceção de respostas sociais, comunitárias e psicossociais mais eficazes e sustentadas.

1. Definição e Justificação do Problema

1.1. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social

Nas últimas décadas, as sociedades têm experienciado profundas transformações na sua estrutura demográfica, sendo o envelhecimento populacional um dos fenómenos mais significativos, sobretudo nos países desenvolvidos. Embora o envelhecimento em si não constitua um problema social (Nazareth, 2007; Valente Rosa, 2012), acarreta mudanças estruturais que afetam o equilíbrio intergeracional e colocam desafios aos modelos económicos e sociais de desenvolvimento existentes (Ferreira, 2020).

O aumento da esperança média de vida, associado à redução das taxas de natalidade, às alterações nos padrões migratórios e à transformação das estruturas familiares, tem impacto direto nas condições de vida das pessoas idosas, podendo potenciar situações de vulnerabilidade social e psicológica. Neste contexto, a solidão e a violência emergem como dois fenómenos particularmente críticos, com implicações significativas para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida desta população.

Em Portugal, os resultados dos Censos 2021 (INE, 2022) indicam que as pessoas idosas representam 23,4% da população, valor que poderá atingir cerca de 3 milhões em 2080 (INE, 2020). Este cenário torna-se particularmente relevante quando se consideram as suas implicações sociais e o consequente aumento dos riscos a que a população idosa está exposta.

A literatura tem demonstrado que o envelhecimento conduz a diversas alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicossociais (Cornelis et al., 2019; Preston & Biddell, 2021; Torres et al., 2022; Veríssimo et al., 2022), resultando numa perda gradual de algumas das capacidades sensoriais e cognitivas. Estas alterações estão associadas a maior vulnerabilidade, aumento da incidência de processos psicopatológicos e situações de dependência, fatores que podem potenciar a solidão, a exposição à violência e a redução da qualidade de vida, reforçando a necessidade de intervenções sociais e de políticas públicas direcionadas à proteção e ao bem-estar das pessoas idosas.

1.2. Violência contra pessoas idosas: conceito, prevalência e fatores de risco

A violência contra pessoas idosas constitui uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública, podendo contribuir para o aumento da solidão e para a diminuição da qualidade de vida desta população. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), os principais tipos de violência contra as pessoas idosas incluem abuso físico, psicológico, sexual e financeiro, bem como negligência e auto-negligência, evidenciando a multiplicidade de formas de vulnerabilidade a que esta população está exposta.

Em Portugal, dados recentes da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2024), evidenciam um aumento de 9,4% nos casos de violência contra pessoas idosas entre 2022 e 2023, totalizando 1.671 casos sinalizados. Uma parte significativa destes crimes ocorre no contexto familiar e no próprio domicílio da vítima, sendo os agressores frequentemente familiares próximos, nomeadamente filhos ou filhas (APAV, 2024). As vítimas são maioritariamente mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos (Anes et al., 2019).

Segundo Gil et al. (2015), em Portugal, a invisibilidade da violência contra as pessoas idosas revela-se particularmente crítica em contextos institucionais, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Nestes ambientes, a assimetria de poder e a dependência funcional dos utentes constituem barreiras significativas

à denúncia (Cichowsky et al., 2016; Gil et al., 2015), aumentando a vulnerabilidade a eventuais situações de violência.

A literatura identifica diversos fatores preditores da violência contra pessoas idosas a residir na comunidade, destacando-se condições socioeconômicas desfavoráveis, fragilidade física, dependência emocional e isolamento social (Araújo-Monteiro et al., 2024). Estudos sobre representações sociais da violência (Chagas et al., 2024) salientam ainda que muitas pessoas idosas percebem o abandono e a negligência como formas de agressão, com impacto profundo na sua saúde mental e bem-estar. A negligência por parte de familiares e cuidadores é frequentemente apontada como um dos principais fatores de risco para a violência, muitas vezes subestimada ou invisibilizada pela sociedade. Os autores salientam ainda a necessidade de maior supervisão das instituições de cuidados e do reforço das redes de apoio comunitário como estratégias preventivas eficazes para reduzir a exposição das pessoas idosas a situações de risco.

Sukyung e Mahapatra (2024) investigaram a relação entre violência doméstica, saúde mental e resiliência na população idosa nos Estados Unidos durante a pandemia de COVID-19, concluindo que o isolamento forçado não só agravou o risco de abuso como reduziu as oportunidades de denúncia e o acesso a serviços de proteção. Verificaram ainda que a ausência de contacto social intensificou os efeitos psicológicos da violência, comprometendo a resiliência emocional das vítimas idosas. De forma complementar, Yilmaz et al. (2022) analisaram a satisfação com a vida de pessoas idosas vítimas de abuso, concluindo que fatores como o apoio social e o acesso a serviços de proteção podem mitigar os impactos negativos da violência. Os autores defendem que programas de apoio psicológico, intervenções comunitárias e o reforço de políticas públicas de proteção das pessoas idosas são fundamentais para reduzir a (re)ocorrência do abuso e melhorar a qualidade de vida. Sublinham ainda a importância de ações preventivas e educativas dirigidas tanto às pessoas idosas como à sociedade em geral.

1.3. Solidão na velhice: enquadramento conceptual e impactos

A solidão é um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional, cuja percepção varia entre os indivíduos e engloba múltiplas dimensões com relações causais entre si. Trata-se de uma experiência subjetiva em que a pessoa sente que não tem com quem estar originando sentimentos de isolamento e abandono (Feitosa, 2013).

Segundo Quakinin e Barreira (2015), a solidão pode ser classificada como situacional (relacionada com fatores ambientais e interpessoais) ou desenvolvimental (resultante de separações, perdas e/ou situações de dependência). Apesar destas classificações, existe consenso de que a solidão constitui um fator de risco relevante para o sofrimento psicológico, podendo impactar significativamente a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas idosas (Feitosa, 2013).

Crewdson (2016) salienta que, na velhice, a solidão pode aumentar os níveis de depressão, ansiedade e acelerar o declínio cognitivo, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas. Estudos indicam igualmente que idosos solitários apresentam maior risco de doenças cardiovasculares e um declínio funcional mais acelerado (Yilmaz et al., 2022).

A solidão não resulta apenas da ausência de interação social, estando sobretudo associada à falta de relações significativas e de apoio emocional, o que evidencia a necessidade de estratégias comunitárias e políticas públicas inclusivas. A redução da participação social pode também aumentar a exposição ao abuso e aos maus-tratos (OMS, 2012). Neste sentido, Xia et al. (2023) demonstraram que o apoio familiar está associado a uma melhor qualidade do sono em pessoas idosas, ao reduzir simultaneamente o medo do crime e a solidão.

Estudos ibéricos e nacionais (Agostinho et al., 2024; Damas et al., 2023) apontam para o peso das dinâmicas de institucionalização, isolamento rural e fraca literacia digital como agravantes da desconexão social entre os mais velhos.

Em Portugal, um estudo recente (Agostinho et al., 2024) identificou uma prevalência de solidão de 33,8%, sendo esta mais frequente entre mulheres, residentes em zonas rurais, pessoas que vivem sozinhas e indivíduos com baixos níveis de escolaridade. Entre os fatores de risco identificados destacam-se a falta de apoio social, conflitos familiares, viuvez, viver sozinho, reforma e dificuldades financeiras. Por outro lado, fatores protetores incluem redes de apoio formais e informais, autonomia e recursos económicos (Parreira, 2022).

2. Objetivos

Através da criação de uma rede de parcerias locais, envolvendo autarquias, IPSS, ONG e projetos sociais, foi promovida a divulgação do estudo, a mobilização para a participação e a realização de entrevistas diretas às pessoas idosas, tendo sido definidos os seguintes objetivos gerais (OG) e específicos (OE):

OG1 – Conhecer a percepção da solidão nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE1.1 – Avaliar os níveis de percepção de solidão (emocional e social) numa amostra de pessoas idosas.

OE1.2 – Analisar as diferenças na percepção da solidão em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

OG2 – Conhecer a percepção do risco de violência nas pessoas idosas e analisar a influência das características sociodemográficas.

OE2.1 – Avaliar as dimensões da percepção do risco de violência (desconfiança/insegurança, isolamento social, dependência funcional e insegurança financeira) numa amostra de pessoas idosas.

OE2.2 – Analisar as diferenças na percepção do risco de violência em função das características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento mensal, local de residência, estado de saúde e autonomia).

OG3 – Comparar a percepção da solidão e a percepção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE3.1 – Comparar os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

OG4 – Analisar a relação entre a percepção da solidão e a percepção do risco de violência nas pessoas idosas.

OE4.1 – Explorar a relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo assume um desenho observacional, transversal e de natureza quantitativa, tendo como objetivo caracterizar as percepções de solidão e de risco de violência na população idosa do concelho da Batalha. A investigação integrou uma abordagem participativa e de proximidade, articulada com redes locais, com vista a facilitar o acesso à população-alvo e a promover a participação das pessoas idosas no processo de recolha de dados.

3.2. Procedimentos e Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas estruturadas, maioritariamente conduzidas por profissionais da área da intervenção social do concelho, previamente sensibilizados para os objetivos do estudo. Nos casos em que os participantes demonstraram motivação e capacidade, foi permitida a autoadministração dos instrumentos.

As entrevistas decorreram em diferentes contextos do quotidiano das pessoas idosas, nomeadamente:

- domicílio;
- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI);
- respostas sociais comunitárias, como centros de dia e projetos comunitários.

Os instrumentos foram aplicados em suporte de papel ou digital, recorrendo à plataforma Google Forms, de acordo com as preferências e condições de acesso dos participantes. Esta estratégia permitiu aumentar a cobertura da amostra e assegurar a inclusão de pessoas com diferentes níveis de literacia digital.

A divulgação do estudo e a mobilização dos participantes foram asseguradas através da criação de uma rede de parcerias locais de proximidade, envolvendo municípios, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Organizações Não Governamentais (ONG) e projetos sociais.

3.3. Instrumentos

Foram utilizados instrumentos padronizados e validados, aplicados diretamente junto da população idosa, com o objetivo de avaliar: (i) características sociodemográficas, nomeadamente idade, sexo, estado civil, escolaridade, rendimento mensal e local de residência; (ii) condições de saúde, autonomia e contexto de vida; (iii) percepções de solidão; e (iv) percepções de exposição ao risco de violência.

A utilização de instrumentos validados permitiu uma avaliação direta, rigorosa e fiável das experiências e percepções das pessoas idosas, ultrapassando limitações associadas a abordagens baseadas exclusivamente em dados clínicos ou em relatos de terceiros, como cuidadores, familiares ou profissionais.

Os instrumentos aplicados encontram-se sintetizados na Tabela 1, sendo que a descrição detalhada dos domínios, dimensões, itens e sub-itens de cada instrumento se encontra apresentada em anexo (Tabela 1A).

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados

Domínio	Instrumento	Dimensões	Nº de Itens
Dados sociodemográficos	Questionário sociodemográfico	Caracterização pessoal, habitacional e social Condições de saúde e autonomia	18
Solidão	UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978; adap. Pocinho et al., 2010)	Solidão emocional; Solidão social	16
Violência	EARVI (Lima et al., 2018; adap. Lima, 2019)	Desconfiança/insegurança; Isolamento social; Dependência funcional; Insegurança financeira	21

Fonte. Elaboração própria (2025)

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas idosas com 65 ou mais anos, residentes no concelho da Batalha, com condição cognitiva para compreender os objetivos do estudo e de responder aos instrumentos aplicados, direta ou indiretamente. Foram excluídas pessoas com limitações cognitivas identificadas que impedissem a participação autónoma ou a compreensão das questões.

3.5. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados com recurso a métodos estatísticos descritivos e inferenciais, permitindo caracterizar os níveis de solidão e de perceção do risco de violência, identificar grupos mais vulneráveis e explorar relações entre variáveis.

Foram calculadas médias e desvios-padrão para todas as dimensões dos instrumentos aplicados (escala UCLA para solidão e EARVI para perceção de violência), assim como para os índices totais de cada constructo. Para variáveis categóricas e sociodemográficas, foram obtidas frequências e percentagens, permitindo caracterizar a amostra em termos de sexo, idade, escolaridade, estado civil, rendimento, situação habitacional e integração em respostas sociais comunitárias.

Para a análise inferencial, foram utilizados diferentes procedimentos consoante o número de grupos comparados. As comparações entre dois grupos independentes foram realizadas recorrendo ao teste t de Student, para amostras independentes. Por outro lado, as comparações envolvendo mais de dois grupos independentes foram efetuadas através de análise de variância unifatorial (ANOVA). Sempre que a ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas, procederam-se a comparações múltiplas *post hoc* pelo teste de Bonferroni, de modo a identificar os pares de grupos em que essas diferenças eram relevantes.

A relação entre os níveis de solidão percecionada e a perceção do risco de violência foi avaliada com correlação de Pearson, permitindo estimar a força e a direção da associação entre estas variáveis, tanto em contexto institucional como não institucional, e considerando a integração em respostas sociais comunitárias.

Para todas as análises, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software SPSS versão 27.

3.6. Considerações Éticas

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos da investigação com seres humanos, garantindo a dignidade, os direitos e o bem-estar dos participantes. Foi obtido o consentimento informado, assegurada a con-

fidencialidade dos dados e garantida a sua utilização exclusiva para fins científicos e de planeamento de intervenção social, em conformidade com a legislação nacional e europeia em vigor. Em todo o processo de recolha dos dados procurou-se minimizar riscos para os participantes e preservar o seu direito à privacidade.

3.7. Participantes

A amostra foi constituída por **50** pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho da Batalha. Verifica-se um predomínio do **sexo feminino** ($n = 38$; 76,0%), em comparação com o sexo masculino ($n = 12$; 24,0%). As idades dos participantes variam entre os **65 e os 90 anos**, apresentando uma média de **74,58** anos ($DP = 6,83$).

Relativamente ao **estado civil**, a maioria dos participantes é **casado ou em união de facto** ($n = 23$; 46%), seguindo-se os **viúvos** ($n = 17$; 34%), sendo os restantes distribuídos por outras situações conjugais em menor proporção. Relativamente à escolaridade, verificou-se que **a maioria dos participantes possui o ensino básico** ($n = 32$; 64%), enquanto uma **proporção significativa não concluiu este nível de ensino** ($n = 10$; 20%). Estes resultados evidenciam níveis de escolarização relativamente baixos, frequentemente associados a coortes mais envelhecidas e a contextos territoriais marcados por menores oportunidades de acesso à educação formal.

Quanto à área de residência, todos os participantes vivem em **zona rural** ($n = 22$; 88%). **A maioria reside em habitação própria ou de familiares** ($n = 48$; 96%), enquanto uma percentagem muito reduzida se encontra institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (**ERPI**) ($n = 2$; 4,0%).

Relativamente ao rendimento mensal, uma proporção considerável dos participantes optou por **não responder** a esta questão ($n = 26$; 52%). Entre os que forneceram informação, 18% ($n = 9$) referiram auferir **menos de 500 euros mensais** e outros 18% ($n = 9$) indicaram rendimentos compreendidos entre **501 e 870 euros**. Estes resultados sugerem a presença de recursos económicos limitados numa parte significativa da amostra, apontando para potenciais **situações de vulnerabilidade socioeconómica**.

No que se refere à percepção do **estado de saúde**, avaliada numa escala de 1 (doente) a 2 (saudável), os participantes apresentaram uma média de 1,46 ($DP = 0,50$), indicando uma **percepção intermédia tendencialmente negativa**. Quanto à autonomia, avaliada numa escala de 1 (dependente) a 2 (independente), registou-se uma média de 1,78 ($DP = 0,42$), sugerindo que a maioria dos participantes se percebe como **funcionalmente independente**.

A Tabela 2 apresenta a síntese da caracterização sociodemográfica dos participantes do projeto RiViS residentes no concelho da Batalha.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	12	24,0
	Feminino	38	76,0
Idade (anos)	Intervalo	65-90	—
	Média (DP)	74,58 (6,83)	—
Idade (por grupo)	65-74	28	56,0
	75-84	16	32,0
	85-100	6	12,0
Estado Civil	Solteiro/a	6	12,0
	Casado(a)/União de Facto	23	46,0
	Divorciado/a	4	8,0
	Viúvo/a	17	34,0

Escolaridade	Sem Ensino Básico	10	20,0
	Com Ensino Básico	32	64,0
	Com Ensino Secundário	6	12,0
	Com Ensino Superior	2	4,0
Zona de Residência	Rural	22	88,0
	Urbano	3	12,0
	Omisso	25	—
Local de Residência	Casa Própria/Familiares	48	96,0
	ERPI	2	4,0
Rendimento Mensal	- 500 euros	9	18,0
	de 501 a 870 euros	9	18,0
	de 871 a 1045 euros	4	8,0
	de 1046 a 1568 euros	1	2,0
	+ de 1569 euros	1	2,0
	Prefiro não responder	26	52,0
Perceção de Saúde	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,46 (0,50)	—
Perceção de Autonomia	Intervalo	1-2	—
	Média (DP)	1,78 (0,42)	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Relativamente à situação habitacional, a maioria dos participantes reside em habitação própria ou de familiares (n = 48; 96%). Desses, 43,8% vivem com parceiro/a (n = 21) e 41,7% vivem sozinhos (n = 20), predominando a residência em vivendas inseridas em contextos com vizinhança próxima (n = 34; 70,8%). Nenhum participante se encontra em situação de ausência de resposta habitacional, evidenciando cobertura habitacional total na amostra.

No que diz respeito ao apoio formal no domicílio, **a maioria dos participantes não usufrui de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** (n = 45; 93,8%). Entre os que beneficiam deste serviço, as respostas mais frequentes correspondem ao fornecimento de serviços de limpeza (n = 2; 4,2%).

Quanto à integração em respostas sociais de proximidade, 81,3 participa em atividades como centros de dia e centros de convívio, ou participam noutras atividades comunitárias, incluindo Universidades Seniores. Quanto à periodicidade destas atividades, esta ocorre maioritariamente três a cinco vezes por semana (n = 27; 56,3%).

Uma **percentagem reduzida da amostra encontra-se institucionalizada em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)** (n = 2; 4,0%). Destes, 50% (n = 1) participa em atividades de lazer e 50% (n = 1) não frequenta qualquer atividade.

A Tabela 3 apresenta a síntese da situação habitacional e social dos participantes do projeto RiViS.

Tabela 3. Caracterização da condição habitacional e social da amostra

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	n	%
Casa Própria-Familiares	Com Quem Vive	Sozinho/a	20	41.7
		Com parceiro/a	21	43.8
		Com Filho/a	6	12.5
		Com Parceiro/a e Filho/a(s)	1	2.1
		Omisso	2	—
	Tipo de Habitação	Apartamento	5	10,4
		Vivenda isolada	9	18,8
		Vivenda com vizinhos	34	70,8
		Omisso	2	—

	SAD	Não	45	93,8
		Sim	3	6,3
		Omisso	2	—
	SAD- Tipo	Refeições	1	2,1
		Limpeza	2	4,2
		Nenhuma	44	91,7
		Refeições, Limpeza e Roupa	1	2,1
		Omisso	2	—
	Integração em entidades/atividades	Centro de Dia	8	16,7
		Centro de Convívio	4	8,3
		Universidade Sênior	14	29,2
		Outra(s)	13	27,1
		Nenhuma	9	18,8
		Omisso	2	—
	Frequência em entidades/atividades	1 a 2 vezes por semana	11	22,9
		3 a 5 vezes por semana	27	56,3
		6 a 7 vezes por semana	1	2,1
		Nenhuma	9	18,8
		Omisso	2	—
ERPI	Integração em atividades	Atividades de lazer	1	50,0
		Nenhuma	1	50,0
		Omisso	48	—
	Frequência de atividades	1 a 2 vezes por semana	1	50,0
		Nenhuma	1	50,0
		Omisso	48	—
Sem Res-posta Habitacional	Resposta habitacional social/temporária	Não	—	—
		Sim	—	—
	Técnico Gestor de Caso	Não	—	—
		Sim	—	—

Nota. n- frequência; % percentagem

Fonte. Elaboração própria (2026)

Embora a amostra inclua participantes residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), a sua representatividade é muito reduzida ($n = 2$; 4,0%), quando comparada com os participantes residentes na comunidade ($n = 48$; 96,0%). **Esta distribuição desigual inviabiliza a realização de análises comparativas estatisticamente robustas entre os dois grupos**, uma vez que a reduzida dimensão do grupo institucionalizado compromete a estabilidade das estimativas e a validade dos resultados obtidos. Assim, os dados referentes aos participantes institucionalizados foram analisados e apresentados exclusivamente de forma descritiva, não sendo efetuadas comparações inferenciais entre contextos residenciais. Consequentemente, quaisquer diferenças observadas devem ser interpretadas com prudência, não permitindo generalizações acerca da população idosa residente em ERPI.

4. Resultados

4.1. Perceção de Solidão

A. Níveis de percepção de solidão

A Tabela 4 apresenta os resultados relativos à percepção de solidão nas dimensões emocional, social e no índice total. As dimensões emocional e social são avaliadas numa escala que varia entre 1 e 4, sendo que valores mais elevados indicam maior percepção de solidão. O índice total de solidão considera um ponto de corte definido em $M > 32$, a partir do qual se considera a presença de solidão clinicamente relevante.

Relativamente à **solidão emocional**, a média observada foi de 1,88 (DP = 0,67), com valores compreendidos entre 1 e 4, situando-se **globalmente abaixo do ponto médio da escala** (2,5), ainda que com variabilidade moderada entre os participantes.

No que respeita à **solidão social**, a média registada foi de 1,74 (DP = 0,61), com um intervalo entre 1 e 3,64, evidenciando **valores inferiores aos observados na dimensão emocional**.

Quanto ao **índice total de solidão**, a amostra apresenta uma média de 28,52 (DP = 9,69), com valores mínimos de 16 e máximos de 60. Considerando o ponto de corte estabelecido ($M > 32$), o valor médio observado situa-se **abaixo do limiar indicativo de solidão patológica**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com níveis de solidão total superiores ao ponto de corte (Ver Tabela 4).

Tabela 4. Perceção de solidão

	Emocional	Social	Total
Média	1,88	1,74	28,52
Erro Desvio	0,67	0,61	9,69
Mínimo	1,00	1,00	16,00
Máximo	4,00	3,64	60,00

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na percepção da solidão em função das características sociodemográficas

A análise das múltiplas expressões da solidão à luz das características sociodemográficas e condições de vida permitiu identificar grupos mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas especificidades.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de solidão em função do sexo ($t(48) = -1,211$; $p = 0,232$), **idade** ($F(2, 47) = 2,277$; $p = 0,114$), **rendimento mensal** ($F(5, 44) = 0,179$; $p = 0,969$), **e autonomia** ($t(48) = 1,251$; $p = 0,217$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas em relação a estas variáveis, a análise descritiva revelou algumas tendências relevantes. As mulheres apresentaram níveis médios de solidão superiores aos dos homens ($M = 29,45$; DP = 10,51 vs. $M = 25,58$; DP = 5,81). Em termos etários, os níveis médios mais elevados observaram-se no grupo com mais de 85 anos ($M = 33,67$; DP = 8,52), seguindo-se os participantes entre os 75 e os 84 anos ($M = 30,81$; DP = 12,32), enquanto o grupo entre os 65 e 74 anos apresentou os valores mais baixos ($M = 26,11$; DP = 7,57).

Relativamente ao rendimento mensal, os participantes com rendimento inferior a 500 euros ($M = 28,44$; DP = 9,99) e entre 871 e 1045 euros ($M = 28,50$; DP = 5,26) apresentaram valores médios muito semelhantes. O grupo que preferiu não responder à questão do rendimento registou igualmente uma média próxima ($M =$

28,92; DP = 9,52). Embora o grupo com rendimento superior a 1569 euros tenha apresentado a média mais elevada ($M = 36,00$), este resultado deve ser interpretado com cautela, uma vez representar apenas um participante.

Relativamente à autonomia, embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas, os participantes com menor autonomia apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 31,73$; DP = 11,24) aos dos participantes com autonomia elevada ($M = 27,62$; DP = 9,16).

Por outro lado, **foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade** ($F(3, 46) = 5,671$; $p = 0,002$), **estado civil** ($F(3, 46) = 3,306$; $p = 0,028$) e **do estado de saúde percebido** ($t(35,657) = 3,382$; $p = 0,002$). Considerando o ponto de corte patológico definido para valores iguais ou superiores a 32, os indivíduos sem ensino básico apresentaram os valores mais elevados ($M = 37,90$; DP = 11,75), acima do ponto de corte, seguidos dos com ensino superior ($M = 30,50$; DP = 7,78) e com ensino básico ($M = 26,66$; DP = 7,86), em contraposição aos participantes com ensino secundário, que registaram os valores mais baixos ($M = 22,17$; DP = 5,27). O teste de comparações múltiplas identificou diferenças estatisticamente significativas entre os participantes sem ensino básico e aqueles com ensino básico ($p = 0,004$), bem como entre os participantes sem ensino básico e aqueles com ensino secundário ($p = 0,005$).

Quanto ao estado civil, os viúvos apresentaram valores médios indicativos de solidão patológica ($M = 34,12$; DP = 11,71), seguidos dos solteiros ($M = 26,33$; DP = 6,00). Os casados ou em união de facto ($M = 25,65$; DP = 7,89) e os divorciados ($M = 24,50$; DP = 3,42) apresentaram as médias mais reduzidas. O teste de comparações múltiplas revelou diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados ou em união de facto e os viúvos ($p = 0,032$), não se verificando diferenças significativas entre os restantes grupos.

Relativamente ao estado de saúde, os participantes que percecionavam o seu estado de saúde como doente apresentaram níveis médios de solidão superiores ($M = 32,22$; DP = 11,30), situando-se acima do ponto de corte para solidão clinicamente relevante. Em contraste, aqueles que percecionavam o seu estado de saúde como saudável registaram valores médios inferiores ($M = 24,17$; DP = 4,64), abaixo do referido limiar.

4.2. Perceção de Violência

A. Níveis de Perceção de Violência

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos à perceção de violência, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice total de violência. Todas as dimensões foram avaliadas numa escala de 1 a 4, em que valores mais elevados indicam uma maior perceção de violência. O índice total considera um ponto de corte definido em valores superiores a 8, a partir do qual se identifica a existência de risco de violência contra a pessoa idosa.

Na dimensão **desconfiança/insegurança nas relações próximas**, a média observada foi de 1,30 (DP = 0,37), com valores compreendidos entre 1 e 2,75, indicando **níveis globalmente baixos de perceção de violência**.

A dimensão **isolamento social** apresentou a **média mais elevada** entre todas as dimensões avaliadas ($M = 1,78$; DP = 0,54), com valores mínimos de 1 e máximos de 3,4, sugerindo maior expressão e variabilidade desta dimensão de vulnerabilidade.

Quanto à **dependência funcional**, a média registada é de 1,42 (DP = 0,48), com um intervalo entre 1 e 2,5, indicando **níveis tendencialmente baixos**, ainda que com alguns casos pontuais de valores mais elevados.

Relativamente à **insegurança financeira**, os participantes apresentaram uma média de 1,43 (DP = 0,43), com valores que variam entre 1 e 2,5, evidenciando uma **percepção globalmente reduzida** desta dimensão.

No **índice total de percepção de violência**, a média da amostra foi de 5,92 (DP = 1,30), com valores mínimos de 4 e máximos de 9,78. Considerando o ponto de corte estabelecido (> 8), o **valor médio situa-se abaixo do limiar indicativo de risco de violência**, embora a amplitude dos resultados revele a existência de participantes com valores superiores ao ponto de corte, sugerindo situações específicas de maior risco que justificam atenção e monitorização (Ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de violência

	Desconfiança/Insegurança nas Relações Próximas	Isolamento Social	Dependência Funcional	Insegurança Financeira	Total
Média	1,30	1,78	1,42	1,43	5,92
Erro Desvio	0,37	0,54	0,48	0,43	1,30
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
Máximo	2,75	3,40	2,50	2,50	9,78

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Diferenças na percepção da violência em função das características sociodemográficas

A análise das múltiplas expressões da violência à luz das características sociodemográficas e condições de vida permitiu identificar grupos mais vulneráveis e orientar estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de violência em função do sexo ($t(48) = -0,809$; $p = 0,423$), **idade** ($F(2, 47) = 2,239$; $p = 0,118$), **rendimento mensal** ($F(5, 44) = 0,185$; $p = 0,967$) e **autonomia** ($t(48) = 1,240$; $p = 0,221$).

Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas em relação a estas variáveis, a análise descritiva revelou algumas tendências interessantes. As mulheres apresentaram níveis médios de risco de violência superiores aos dos homens ($M = 6,01$; $DP = 1,42$ vs. $M = 5,66$; $DP = 0,82$). Em termos etários, os níveis médios mais elevados observaram-se no grupo com mais de 85 anos ($M = 6,86$; $DP = 1,27$), seguindo-se os participantes entre os 75 e os 84 anos ($M = 6,02$; $DP = 1,35$), enquanto o grupo entre os 65 e 74 anos apresentou os valores mais baixos ($M = 5,67$; $DP = 1,22$). Apesar da ausência de significância estatística, esta tendência sugere que o aumento da idade poderá estar associado a uma maior vulnerabilidade ao risco de violência na população idosa, hipótese esta que deverá ser confrontada com outro tipo de dados ou o aumento da dimensão da amostra.

Relativamente ao rendimento mensal, e apesar da ausência de diferenças estatísticas, os níveis mais elevados foram observados entre os participantes com rendimentos entre 1046 e 1568 euros ($M = 6,75$ e naqueles com rendimentos superiores aos 1569 euros ($M = 6,25$). Contudo, estes resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que ambos os grupos são constituídos por apenas um participante. Nos restantes escalões de rendimento, os valores médios revelaram-se bastante semelhantes, sugerindo que, nesta amostra, o rendimento mensal não constitui um fator diferenciador da percepção de violência.

Quanto à autonomia, os resultados revelam que os participantes com menor autonomia apresentaram níveis médios de percepção de violência superiores ($M = 6,35$; $DP = 1,39$) a aqueles que se consideram independentes ($M = 5,80$; $DP = 1,26$), ainda que estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Por outro lado, **verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade** ($F(3, 46) = 4,401$; $p = 0,008$), **estado civil** ($F(3, 46) = 3,864$; $p = 0,015$) e **estado de saúde percebido** ($t(48) = 3,060$; $p = 0,004$).

Os participantes com níveis de escolaridade mais baixos apresentam níveis mais elevados de percepção de violência (sem ensino básico: $M = 7,12$; $DP = 1,56$; com ensino básico: $M = 5,69$; $DP = 1,12$) comparativamente aos participantes com ensino secundário ($M = 5,33$; $DP = 0,64$) e ensino superior ($M = 5,51$; $DP = 1,04$). Estes resultados sugerem que a escolaridade poderá constituir um importante fator de proteção, favorecendo um maior acesso à informação, aos recursos sociais e aos mecanismos de proteção e denúncia, bem como uma maior literacia relativamente aos direitos das pessoas idosas. As comparações múltiplas revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes sem ensino básico e aqueles com ensino básico ($p = 0,010$), bem como entre os participantes sem ensino básico e aqueles com ensino secundário ($p = 0,032$).

Relativamente ao estado civil, os participantes viúvos apresentaram os níveis médios mais elevados de percepção de violência ($M = 6,71$; $DP = 1,47$), seguindo-se os divorciados ($M = 5,86$; $DP = 1,05$), enquanto os participantes casados ou em união de facto registaram os valores médios mais baixos ($M = 5,46$; $DP = 1,02$). As comparações múltiplas identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados ou em união de facto e os viúvos ($p = 0,012$). Este resultado poderá refletir o papel protetor da convivência conjugal e da existência de uma rede de suporte mais próxima, enquanto a viuvez pode associar-se a maior isolamento social, dependência e vulnerabilidade.

Quanto ao estado de saúde percebido, os participantes que se percecionam como doentes apresentam níveis mais elevados de percepção de violência ($M = 6,40$; $DP = 1,43$) comparativamente às que se percecionam como saudáveis ($M = 5,36$; $DP = 0,85$).

Em síntese, os resultados evidenciam que a percepção do risco de violência na população idosa não parece estar associada a características demográficas como o sexo, a idade, o rendimento mensal ou a autonomia, uma vez que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em função destas variáveis. Ainda assim, as tendências descritivas sugerem níveis médios de percepção de violência ligeiramente superiores entre as mulheres, os participantes com idade mais avançada e aqueles com menor autonomia, apontando para grupos que poderão beneficiar de uma monitorização mais próxima.

Em contrapartida, **a escolaridade, o estado civil e o estado de saúde percebido revelaram-se fatores diferenciadores da percepção de violência**. Os participantes com menor escolaridade, os viúvos e aqueles que percecionam o seu estado de saúde como doente apresentaram níveis significativamente mais elevados de percepção de violência. **Estes resultados sugerem que a vulnerabilidade à violência poderá estar mais relacionada com fatores de natureza social e de saúde do que com fatores clássicos como o sexo e a idade, destacando a importância dos recursos pessoais, das redes de suporte e da capacidade para reconhecer e enfrentar situações de abuso.**

4.3. Comparação entre os níveis de solidão percecionada e a percepção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

A análise comparativa entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sénior, Outros ou Nenhuma) permite clarificar o papel do contexto comunitário na mitigação da solidão e do risco de violência, fornecendo informação relevante para políticas públicas e estratégias de intervenção.

A. Percepção de solidão

No que respeita à percepção de solidão, considerando as dimensões de solidão emocional, social e total avaliadas pela escala UCLA, **não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias**. Os resultados da ANOVA unifatorial indicam ausência de diferenças significativas na solidão emocional $F(4, 43) = 1,937$; $p = 0,121$), na solidão social $F(4, 43) = 1,937$; $p = 0,121$) e na solidão total ($F(4, 43) = 2,256$; $p = 0,079$).

Apesar da ausência de significância estatística, a análise descritiva permite identificar padrões diferenciados entre os grupos (ver Tabela 6). Na solidão emocional, os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias apresentaram os níveis médios mais elevados ($M = 2,31$; $DP = 0,84$), enquanto os participantes da Universidade Sénior registaram os valores mais baixos ($M = 1,66$; $DP = 0,60$). Os participantes do Centro de Dia, Centro de Convívio e de outras respostas sociais apresentaram valores intermédios.

Relativamente à solidão social, os participantes sem participação em respostas sociais comunitárias voltaram a apresentar os níveis médios mais elevados ($M = 2,03$; $DP = 0,74$), seguindo-se os participantes do Centro de Dia ($M = 1,93$; $DP = 0,55$). Em contraste, os valores mais baixos observaram-se na Universidade Sénior ($M = 1,49$; $DP = 0,51$) e no grupo integrado em outras respostas sociais ($M = 1,50$; $DP = 0,30$).

No índice total de solidão, verificou-se novamente que os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 33,89$; $DP = 12,16$), com valores acima do ponto de corte, enquanto os participantes da Universidade Sénior ($M = 24,71$; $DP = 7,99$) e do grupo "Outros" ($M = 25,15$; $DP = 4,78$) registaram os níveis médios mais baixos.

Em síntese, embora não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão emocional, social ou total em função da tipologia de participação em respostas sociais comunitárias, a análise descritiva sugere uma tendência consistente para níveis de solidão mais elevados entre os participantes que não frequentam qualquer resposta social comunitária. Por outro lado, os participantes integrados na Universidade Sénior e noutras respostas sociais tendem a apresentar níveis médios de solidão inferiores, sugerindo um possível efeito benéfico da participação social na redução da solidão.

Tabela 6. Comparação entre os níveis de solidão percebida entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Solidão Emocional	1,85 (0,45)	1,85 (0,55)	1,66 (0,60)	1,74 (0,38)	2,31 (0,84)
Solidão Social	1,93 (0,55)	1,80 (0,60)	1,49 (0,51)	1,50 (0,30)	2,03 (0,74)
Solidão Total	30,50 (7,76)	29,00 (9,20)	24,71 (7,99)	25,15 (4,78)	33,89 (12,16)

Nota. CD- Centro de Dia; CC- Centro de Convívio; US- Universidade Sénior; O- Outros; N- Nenhuma

Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)

Fonte. Elaboração própria (2026)

B. Percepção de violência

Para analisar diferenças no risco de violência em função da tipologia de participação social (Centro de Dia, Centro de Convívio, Universidade Sénior, Outros ou Nenhuma), realizou-se uma ANOVA unifatorial, considerando as dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional, insegurança financeira e o índice total de violência, avaliados pelo EARVI.

Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas ($F(4,43) = 0,801$; $p = 0,531$), **isolamento social** ($F(4,43) = 2,143$; $p = 0,092$), **insegurança financeira** ($F(4, 43) = 0,790$; $p = 0,538$) e **violência total** ($F(4, 43) = 1,921$; $p = 0,124$)

Apesar da ausência de significância estatística nestas dimensões, a análise descritiva evidencia alguma variabilidade entre os grupos. Na dimensão de desconfiança/insegurança nas relações próximas, os valores médios oscilaram entre 1,14 (DP = 0,18), nos participantes da Universidade Sénior, e 1,37 (DP = 0,45), no grupo "Outros". Relativamente ao isolamento social, os participantes do Centro de Convívio apresentaram os níveis médios mais elevados (M = 2,15; DP = 0,72), enquanto a Universidade Sénior registou os valores mais reduzidos (M = 1,54; DP = 0,46). Na dimensão da insegurança financeira, os valores mais baixos verificaram-se entre os participantes do Centro de Convívio (M = 1,25; DP = 0,20), enquanto os participantes sem integração em respostas sociais comunitárias apresentaram os níveis médios mais elevados (M = 1,56; DP = 0,46).

Relativamente ao índice global de violência, os participantes do Centro de Convívio registaram os valores médios mais elevados (M = 6,43; DP = 1,29), seguidos dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias (M = 6,31; DP = 1,70) e dos participantes do Centro de Dia (M = 6,26; DP = 1,22). Em contraste, os participantes da Universidade Sénior apresentaram os níveis médios mais reduzidos (M = 5,22; DP = 0,76). Embora estas diferenças não tenham atingido significância estatística, observa-se uma tendência consistente para níveis inferiores de perceção de violência entre os participantes da Universidade Sénior.

A única dimensão em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas foi a dependência funcional ($F(4, 43) = 2,996$; $p = 0,029$). Os participantes do Centro de Dia apresentaram o valor médio mais elevado (M = 1,78; DP = 0,54), seguidos dos participantes do Centro de Convívio (M = 1,69; DP = 0,63), dos participantes sem integração em respostas sociais comunitárias (M = 1,44; DP = 0,43), da categoria "Outros" (M = 1,25; DP = 0,35) e, por fim, da Universidade Sénior, que registou o valor médio mais baixo (M = 1,23; DP = 0,36) (ver Tabela 7).

Em síntese, os resultados sugerem que a **tipologia de participação em respostas sociais comunitárias não se associa de forma estatisticamente significativa à perceção global de violência nem às dimensões de desconfiança/insegurança nas relações próximas, isolamento social e insegurança financeira**. Contudo, a análise descritiva evidencia um padrão consistente, com os participantes da Universidade Sénior a apresentarem sistematicamente os níveis médios mais reduzidos nas diferentes dimensões avaliadas, enquanto os participantes do Centro de Convívio e, em algumas dimensões, do Centro de Dia registam valores tendencialmente mais elevados. **A dependência funcional foi a única dimensão em que se observaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos, sugerindo que as diferentes respostas sociais poderão integrar pessoas com perfis distintos de funcionalidade e vulnerabilidade, mais do que refletirem um efeito direto da participação na resposta social**. Estes resultados reforçam a importância de adequar as estratégias de prevenção e intervenção às características específicas dos utilizadores de cada resposta social, privilegiando abordagens diferenciadas em função das suas necessidades e níveis de autonomia.

Tabela 7. Comparação entre os níveis de violência percecionada entre pessoas idosas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

Dimensão	CD	CC	US	O	N
Desconfiança / Insegurança	1,30 (0,31)	1,34 (0,26)	1,14 (0,18)	1,37 (0,45)	1,33 (0,45)
Isolamento Social	1,78 (0,42)	2,15 (0,72)	1,54 (0,46)	1,63 (0,27)	1,98 (0,62)
Dependência Funcional	1,78 (0,54)	1,69 (0,63)	1,23 (0,36)	1,25 (0,35)	1,44 (0,43)
Insegurança Financeira	1,41 (0,35)	1,25 (0,20)	1,30 (0,31)	1,52 (0,59)	1,56 (0,46)
Violência Total	6,26 (1,22)	6,43 (1,29)	5,22 (0,76)	5,77 (0,96)	6,31 (1,70)

Nota. CD- Centro de Dia; CC- Centro de Convívio; US- Universidade Sénior; O- Outros; N- Nenhuma

Valores apresentados referem-se à Média (Desvio-Padrão)

Fonte. Elaboração própria (2026)

4.4. Relação entre a percepção da solidão e a percepção do risco de violência nas pessoas idosas.

A. Relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, entre pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

A análise descritiva revelou diferenças nos níveis médios de solidão percebida e de percepção do risco de vitimação por violência em função da integração em respostas sociais comunitárias entre as pessoas idosas não institucionalizadas.

As pessoas idosas integradas em atividades de apoio comunitárias apresentaram níveis médios mais baixos de solidão percebida ($M = 26,49$; $DP = 7,26$) e de percepção do risco de violência ($M = 5,74$; $DP = 1,05$), quando comparadas com aquelas que não realizam atividades de apoio, que evidenciaram níveis médios mais elevados de solidão ($M = 33,89$; $DP = 12,16$), e de risco de violência ($M = 6,31$; $DP = 1,70$). Importa salientar que, enquanto o grupo integrado apresentou um valor médio de solidão inferior ao ponto de corte para solidão clinicamente relevante, o grupo não integrado registou uma média ligeiramente superior a esse limiar.

No que respeita à relação entre percepção de solidão e de risco de vitimação por violência, os resultados evidenciam padrões distintos consoante a integração, ou não, em respostas sociais comunitárias. **Entre os participantes integrados, observou-se uma correlação positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa entre as duas variáveis** ($r = 0,513$; $p = 0,001$), indicando que níveis mais elevados de solidão tendem a associar-se a uma maior percepção do risco de violência, mesmo entre pessoas com participação comunitária.

Por sua vez, entre as pessoas idosas **não integradas em atividades de apoio comunitárias, a correlação entre solidão e percepção do risco de violência revelou-se ainda mais intensa e estatisticamente significativa** ($r = 0,813$; $p = 0,008$). Este resultado sugere que, na ausência de participação em respostas sociais comunitárias, a solidão se encontra fortemente associada à percepção do risco de vitimação por violência, evidenciando uma relação mais estreita entre estas duas dimensões (Ver Tabela 8).

Em síntese, os resultados indicam que a integração em respostas sociais comunitárias está associada a níveis médios inferiores de solidão e de percepção do risco de violência. Adicionalmente, **embora a solidão se associe significativamente à percepção do risco de vitimação por violência em ambos os grupos, essa associação é substancialmente mais forte entre as pessoas idosas que não participam em respostas sociais comunitárias**. Estes resultados sugerem que a **participação em respostas sociais comunitárias poderá constituir um importante fator de proteção, não apenas por se associar a menores níveis de solidão e de percepção de violência, mas também por atenuar a intensidade da relação entre estas duas variáveis**. Contudo, tratando-se de um estudo de natureza correlacional, estes resultados devem ser interpretados com prudência, não permitindo estabelecer relações de causalidade.

Tabela 8. Relação entre os níveis de solidão percebida e a percepção do risco de vitimação por violência, comparando pessoas idosas não institucionalizadas com e sem integração em respostas sociais comunitárias.

		Média	Erro Desvio	Correlação de Pearson	Sig.
Integrados em RS	Solidão	26,49	7,26	0,513	0,001
	Violência	5,74	1,05		
Não Integrados em RS	Solidão	33,89	12,16	0,813	0,008
	Violência	6,31	1,70		

Nota. RS. Resposta(s) Social(ais); Sig.- Significância

Fonte. Elaboração própria (2026)

Considerações finais

Apesar da crescente atenção dedicada à população envelhecida, a disponibilidade de dados sobre solidão e exposição à violência entre pessoas idosas continua a apresentar lacunas significativas em Portugal, especialmente no que respeita a estudos que analisem, de forma participativa, integrada e sistemática, as perceções das próprias pessoas idosas sobre a solidão e a violência enquanto fatores de risco críticos.

O projeto RiViS 65+ (Risco de Violência e de Solidão em pessoas idosas) é uma investigação em curso que pretende dar resposta a esta lacuna.

No âmbito do município da Batalha, os resultados indicam que, globalmente, os **níveis médios de solidão** emocional, social e total **se situam abaixo do limiar de solidão clinicamente relevante**, embora exista variabilidade entre os participantes, incluindo casos isolados de solidão elevada. A análise em função de características sociodemográficas revelou que sexo, idade, rendimento mensal e autonomia não influenciam significativamente os níveis de solidão. Por outro lado, verificaram-se diferenças associadas à escolaridade, estado civil e à perceção de saúde: pessoas idosas sem escolaridade básica, viúvas e que se percecionam como doentes reportam níveis médios de solidão superiores ao ponto de corte patológico. Estes resultados identificam **grupos prioritários** para intervenção, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a pessoas idosas **sem escolaridade básica, viúvas e com pior perceção do estado de saúde**. Embora a solidão não constitua um fenómeno generalizado na população analisada, os resultados permitem identificar estes grupos como prioritários de intervenção, reforçando a necessidade de estratégias locais de prevenção e acompanhamento psicossocial direcionadas a estas situações de maior vulnerabilidade.

Quanto à **perceção de violência**, os **níveis médios situam-se, globalmente, abaixo do limiar de risco**, com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, enquanto as restantes dimensões apresentam médias inferiores. Apesar disso, alguns participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte, indicando situações de risco que justificam atenção e monitorização. A perceção de violência não difere significativamente quanto a sexo, idade, rendimento mensal e autonomia, mas associa-se ao grau de escolaridade, estado civil e estado percebido de saúde: pessoas com menos escolaridade, viúvas ou divorciadas e que se percecionam como doentes percebem níveis mais elevados de violência, destacando a necessidade de estratégias específicas de prevenção e intervenção. Embora a perceção de violência não seja generalizada, os resultados permitem identificar **grupos mais vulneráveis**, nomeadamente **pessoas com menos escolaridade, viúvas ou divorciadas, e pior perceção do estado de saúde**, destacando a necessidade de estratégias de prevenção, monitorização e intervenção direcionadas a estas situações de maior risco.

No que se refere à influência da **integração em respostas sociais comunitárias** entre pessoas idosas não institucionalizadas, os resultados demonstraram a inexistência de diferenças significativas no nível de solidão, independentemente de participarem, ou não, neste tipo de respostas. Não obstante, a análise descritiva evidenciou uma tendência nos resultados, segundo a qual os participantes que não frequentam qualquer tipo de resposta social reportam níveis mais elevados de solidão emocional, social e global do que aqueles que as frequentam. A perceção de violência total não difere significativamente entre os grupos, mas surgem diferenças numa dimensão específica: **a dependência funcional é mais elevada no Centro de Dia, observando-se o nível mais baixo na Universidade Sénior**. Estes resultados sugerem que a diferentes tipos de respostas sociais poderão recorrer pessoas com perfis distintos de funcionalidade, destacando-se assim a importância de ajustar os programas comunitários às características específicas dos utentes de cada resposta social.

Relativamente à **relação entre solidão e percepção de violência** em pessoas idosas não institucionalizadas, com e sem integração em respostas sociais comunitárias, foram observados padrões consistentes nos dois grupos, embora os participantes sem qualquer participação nestas respostas tenham reportado níveis de solidão patológica e maior de percepção de violência, comparativamente aos que frequentam algum tipo de resposta social. Esta associação entre solidão e percepção de violência é positiva, moderada a forte e significativa entre os integrados em respostas sociais, sendo a relação ainda mais forte entre os não integrados. A natureza desta associação sugere que a **participação em respostas sociais comunitárias poderá atuar como um fator protetor contra níveis mais elevados de solidão e percepção de violência**, evidenciando a importância de programas comunitários estruturados como fatores protetores e promotores de vigilância sobre riscos psicossociais na população idosa.

Recomendações

Os resultados do projeto RiViS 65+ permitem identificar padrões específicos de vulnerabilidade psicossocial associados à solidão e à percepção do risco de violência na população idosa do concelho da Batalha. Embora os níveis médios se situem, globalmente, abaixo dos limiares clínicos de risco, a existência de subgrupos particularmente vulneráveis justifica a formulação de recomendações dirigidas, preventivas e integradas.

Importa salientar que, apesar de os dados resultarem de entrevistas diretas, a complexidade dos fenómenos exige uma abordagem ecológica e sistémica que envolva os indivíduos, as famílias, a comunidade e os profissionais de proximidade. Esta atuação em rede é reforçada pelo facto de 96,0% da amostra residir na comunidade, onde as dinâmicas de isolamento geográfico (88,0% em zona rural) e habitacional (41,7% a viver sós) exigem respostas descentralizadas.

Estes indicadores demonstram que residir no domicílio ou em contexto rural não deve ser sinónimo de desproteção, embora as dificuldades se acentuem nas pessoas idosas sem escolaridade básica, viúvos e com pior autopercepção de saúde. Assim, os baixos níveis de escolaridade, o isolamento residencial e a escassez de apoio formal no domicílio (93,8% não usufrui de SAD) constituem os principais eixos de intervenção na Batalha, exigindo estratégias de segurança relacional e envelhecimento ativo.

Recomendações Dirigidas às Pessoas Idosas

Ao nível da solidão, recomenda-se a reconfiguração e a qualificação da participação social das pessoas idosas da Batalha, focando os esforços nos subgrupos com níveis patológicos: pessoas sem escolaridade básica (20,0%), viúvas (34,0%) e com pior percepção de saúde. É fundamental promover programas de proximidade que estimulem vínculos significativos fora do núcleo familiar, contrariando a solidão de quem vive sozinho (41,7% dos residentes na comunidade) e integrando de forma proativa os 18,8% que não frequentam qualquer atividade. Adicionalmente, sugere-se o uso de recursos digitais e tecnologias de comunicação simplificadas para combater o isolamento geográfico nas freguesias rurais.

Relativamente à percepção de violência, as recomendações devem focar-se na capacitação para a segurança e na redução do isolamento social, a dimensão de risco com maior expressão na Batalha. Torna-se prioritário implementar ações descentralizadas de literacia jurídica e de direitos junto das pessoas com menos escolaridade, viúvas/divorciadas e com pior percepção de saúde. Estas ações devem dotar as pessoas idosas de ferramentas práticas para identificar e prevenir situações de abuso ou negligência, promovendo o seu empoderamento e autonomia.

De forma integrada, a associação positiva e significativa entre solidão e percepção de violência (mais expressiva nas pessoas idosas não integradas em respostas comunitárias) justifica a implementação de programas de apoio psicossocial com acompanhamento individualizado. É essencial que as redes de suporte garantam que o combate à solidão emocional e social se traduza numa redução efetiva da percepção de risco de violência no próprio domicílio.

Recomendações Dirigidas às Famílias

No domínio da solidão, recomenda-se capacitar as famílias como agentes ativos de inclusão e validação emocional, considerando que, das pessoas idosas que vivem na comunidade, 43,8% coabitam com parceiro/a e 12,5% com filhos. É essencial sensibilizar os agregados para o facto de que a coabitação física não anula, por si só, a solidão emocional, devendo promover-se tempos de partilha qualificados no seio familiar e o envolvimento ativo do idoso nas decisões quotidianas da casa.

Relativamente à perceção de violência, as recomendações devem centrar-se na prevenção da negligência e na minimização da sobrecarga do cuidador informal, que assume quase exclusivamente o esforço do cuidado devido à reduzida cobertura de apoio formal (93,8% sem SAD). Recomenda-se a criação de canais municipais de suporte, aconselhamento e mediação familiar que previnam o desgaste físico e psicológico dos cuidadores, evitando que este se converta em fator potenciador de abusos.

Na articulação entre solidão e violência, sugere-se a implementação de programas de suporte familiar estruturado e acompanhado por equipas de ação social. As famílias devem ser sensibilizadas para reconhecer que o isolamento e as queixas de solidão da pessoa idosa são, frequentemente, precursores de uma maior perceção de insegurança relacional. Garantir um ambiente familiar pautado pelo afeto, segurança e transparência na gestão da dependência é essencial para minimizar estes riscos.

Recomendações Dirigidas à Comunidade

No domínio da solidão, importa ajustar e diversificar os programas das respostas comunitárias onde 81,3% das pessoas idosas já estão integradas (29,2% na Universidade Sénior e 16,7% em Centros de Dia). Dado que os diferentes perfis de funcionalidade procuram respostas distintas, com maior dependência nos Centros de Dia e menor na Universidade, propõe-se desenhar atividades adaptadas às capacidades dos utentes de cada valência, a par de estratégias ativas de inclusão para os 18,8% de pessoas idosas atualmente sem integração.

No âmbito da violência, recomenda-se a criação de mecanismos comunitários de monitorização que minimizem o isolamento social. Aproveitando o facto de 70,8% das pessoas idosas residirem em vivendas com vizinhos próximos, sugere-se um programa municipal que capacite os vizinhos, os comerciantes locais e as juntas de freguesia para a identificação e sinalização precoce de alterações de comportamento, isolamento ou indícios de abuso.

De forma articulada, sugere-se que o Município da Batalha promova uma estratégia integrada de envelhecimento seguro que alinhe a autarquia, a saúde, a ação social e as forças de segurança. Ao cruzar as atividades de lazer com gabinetes comunitários descentralizados de apoio e sinalização de vulnerabilidades, a comunidade assume-se como um território protetor, reduzindo a ocultação de riscos na dispersão rural.

Recomendações Dirigidas aos Profissionais

Ao nível da solidão, recomenda-se a formação contínua das equipas multidisciplinares das IPSS e autarquia para a identificação precoce da solidão patológica, especialmente junto das pessoas idosas que vivem sós (41,7%) e em meio rural. Os profissionais devem ser capacitados para aplicar metodologias centradas na pessoa e para ativar mecanismos de prescrição social, encaminhando formalmente as pessoas idosas isolados para respostas comunitárias adequadas às suas preferências e/ou necessidades.

No domínio da violência, sugere-se capacitar os profissionais para detetar sinais de abuso e de exclusão. Perante a escassa cobertura de apoio formal no domicílio, os profissionais de saúde e assistentes sociais devem aproveitar cada contacto, como consultas ou visitas domiciliárias, para aplicar grelhas rápidas de triagem de risco de isolamento e violência, sugerindo-se ainda uma plataforma de articulação local com uma equipa multidisciplinar alargada para debater casos complexos.

Na articulação entre solidão e violência, recomenda-se o desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico que cruzem o isolamento, a viuvez e o declínio da saúde. Os profissionais devem adotar o modelo de gestão de caso, assegurando uma monitorização contínua e partilhada que permita intervir precocemente junto das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade cumulativa, com especial foco nos 18,8% de pessoas idosas não integradas em respostas sociais.

A Tabela 9 sintetiza as recomendações, destacando fragilidades identificadas e objetivos de intervenção.

Tabela 9. Principais recomendações para o concelho da Batalha.

Grupo-alvo	Domínio	Evidência empírica / Fragilidades identificadas	Objetivos de intervenção	Recomendações / Propostas de ação
Pessoas Idosas	Solidão	Solidão patológica em pessoas idosas sem escolaridade básica (20%), viúvos (34%) e doentes, agravada pelo isolamento doméstico (41,7% dos residentes na comunidade vivem sós) e geográfico (88% em zona rural).	Reduzir a solidão emocional e social nestes subgrupos de maior vulnerabilidade e aproximar as pessoas idosas isoladas da comunidade.	Promover a integração em respostas comunitárias (Universidade Sénior e Centro de Dia); desenvolver programas de apoio emocional e atividades grupais de proximidade; criar iniciativas de mentoria de pares; e utilizar soluções de comunicação simples para aproximar pessoas idosas isoladas.
	Violência	Níveis de perceção de violência globalmente baixos, mas com a dimensão de isolamento social a evidenciar maior expressão, afetando sobretudo pessoas com menos escolaridade, viúvas ou divorciadas e que se percecionam como doentes.	Prevenir o isolamento social severo e capacitar as pessoas idosas para a autoproteção e literacia de direitos.	Realizar avaliações regulares de vulnerabilidade psicossocial; promover sessões sobre segurança pessoal e literacia de direitos; e capacitar para a gestão de recursos individuais e manutenção da autonomia funcional.
	Solidão e Violência	Forte correlação positiva entre solidão e risco de violência, com maior impacto nas pessoas idosas que não participam em qualquer resposta social comunitária.	Intervir de forma integrada sobre os fatores psicossociais de risco, combatendo o isolamento ativo.	Criar programas integrados de apoio psicossocial individualizado; realizar avaliações multidimensionais sistemáticas em pessoas idosas isoladas; e desenvolver planos de resiliência e acompanhamento psicológico focado na auto-perceção de segurança.
Famílias	Solidão	A coabitação no domicílio com parceiros ou filhos não anula, por si só, o risco de solidão na pessoa idosa.	Sensibilizar as famílias para a relevância do suporte afetivo, comunicação de qualidade e inclusão relacional.	Desenvolver ações de sensibilização familiar para distinguir apoio logístico de suporte emocional; promover encontros familiares intergeracionais; e incentivar a inclusão do idoso na rotina quotidiana da casa.
	Violência	Risco de desgaste físico e psicológico dos cuidadores familiares devido à ausência quase total de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) formal na comunidade.	Prevenir a negligência intrafamiliar através da capacitação, suporte emocional e descanso do cuidador.	Criar uma Escola Municipal de Cuidadores Informais para capacitar as famílias em gestão de stress e cuidados; promover ações de literacia sobre a gestão transparente e partilhada de património; e divulgar proativamente canais de apoio e mediação familiar.
	Solidão e Violência	Necessidade de responsabilização e articulação estreita entre as famílias e as equipas técnicas.	Fortalecer as redes de suporte familiar e instituir mecanismos de mediação preventiva.	Implementar programas de suporte familiar conjunto com equipas multidisciplinares; criar grupos de apoio mútuo para cuidadores; e delinear planos de divisão equitativa das tarefas de cuidado.
Comunidade	Solidão	Tendência para maior solidão em pessoas idosas não integradas, apesar da elevada taxa de participação social (81,3% de integração na comunidade). Perfis de autonomia distintos entre valências (maior dependência funcional observada no Centro de Dia).	Potenciar as respostas comunitárias como fator protetor e ajustar as atividades aos perfis de funcionalidade.	Ajustar e adequar as atividades dos Centros de Dia e Convívio à autonomia dos utentes; diversificar a oferta da Universidade Sénior; e implementar programas ativos de busca ativa e transporte para captar pessoas idosas isoladas.
	Violência	Necessidade de aproveitar a configuração residencial do concelho,	Transformar a vizinhança e a comunidade num radar ativo de vigilância,	Desenvolver o programa municipal de vizinhança ativa, capacitando comerciantes, vizi-

		onde a maioria das pessoas idosas reside em viviendas com vizinhos próximos, para fins de proteção.	proteção e sinalização precoce.	nhos, carteiros e juntas de freguesia para sinalizar isolamento; e estruturar redes comunitárias informais de proximidade.
	Solidão e Violência	A participação regular em respostas comunitárias (81,3%) funciona como um forte fator protetor contra níveis elevados de solidão e violência na Batalha.	Garantir que as estruturas locais funcionem de forma coordenada como eixos de vigilância psicossocial.	Promover uma estratégia integrada que alinhe autarquia, saúde, ação social e policiamento de proximidade (GNR); e criar gabinetes itinerantes/descentralizados de apoio ao idoso nas freguesias rurais.
Profissionais	Solidão	Necessidade de capacitação técnica para diagnosticar e intervir na solidão patológica e no isolamento domiciliário.	Otimizar as competências de avaliação técnica, focando na autonomia e no bem-estar subjetivo da pessoa idosa.	Investir na formação contínua dos profissionais sobre envelhecimento, luto e saúde mental; capacitar equipas para aplicar escalas de avaliação de solidão; e instituir redes de "prescrição social" com a saúde e a comunidade.
	Violência	Necessidade de detetar precocemente sinais de abuso ou negligência no domicílio face à baixa cobertura de SAD.	Potenciar a deteção precoce de indicadores de vulnerabilidade física, psicológica ou financeira.	Formar profissionais de saúde e ação social para detetar sinais subtis de abuso no domicílio; capacitar para a aplicação de grelhas de avaliação de risco nas visitas domiciliárias; e estabelecer protocolos céleres de atuação.
	Solidão e Violência	A forte ligação entre solidão e perceção de risco exige intervenções coordenadas de gestão de caso.	Promover abordagens multidisciplinares, interinstitucionais e centradas na pessoa idosa.	Desenvolver protocolos de intervenção conjunta (IPSS, Saúde, Autarquia e GNR); adotar formalmente o modelo de "Gestão de Caso" para pessoas idosas em maior risco; e realizar reuniões de coordenação intersectorial sistemáticas.

Referências

- Agostinho, I., Grácio, L., & Carapeto, M. J. (2024). Solidão e bem-estar em adultos portugueses: Uma revisão de literatura. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 6, 486-494. <https://doi.org/10.61415/riage.325>
- Anes, E., Brás, M., Antão, C., & Anastácio, Z. (2019). Violência e maus tratos em idosos portugueses: 2000-2017. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD 1(4), 363-368. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1610>
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2024). Estatísticas APAV: Relatório de atividades 2023. https://apav.pt/pub/Relatorio_Atividades_2023.pdf
- Araújo-Monteiro, G., Silva, J. C., & Costa, M. L. (2024). Preditores de violência contra a pessoa idosa em contexto comunitário: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27, e240012.
- Chagas, A., da Cunha, M., Bezerra, K., Santos, J., Marcolino, E., & Rodrigues, R. (2024). Social representation of physical and psychological violence and abandonment from the perspective of elderly people. *Cogitare Enfermagem*, 29, 1-11. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95293>
- Cichowsky, S. G. R., José, J. S., & Mauritti, R. (2016). Percepções de violência contra idosos em contextos institucionais: O caso português. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (81), 115–134. <https://doi.org/10.7458/SPP2016816223>
- Cornelis, M.C., Wang, Y., Holland, T., Agarwal, P., Weintraub, S., & Morris, M.C. (2019). Age and cognitive decline in the UK Biobank. *PLoS ONE*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213948>
- Crewdson, J. (2016). The effect of loneliness in the elderly population: A review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890>
- Damas, C. Pereira, D., & Castro, F. (2023). Impacto da solidão nas pessoas idosas uma reflexão sobre a importância da intervenção dos assistentes sociais com pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2479>
- Feitosa, F. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 38-50.
- Ferreira, P. (2020). Envelhecimento populacional e mercado de trabalho: Que lugar para os trabalhadores mais velhos? *Revista Científica de Intervenção Social, Política e Desenvolvimento Comportamental - JSPIBD*, (1), 91-118, Ed. Temática Socius – Perspectivas de Intervenção para a Mudança no Séc. XXI.
- Gil, A. P. (2015). Violência contra as pessoas idosas em contexto institucional: Um estudo exploratório em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.03.003>
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de população residente 2018-2080. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Censos 2021 – divulgação dos resultados definitivos. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Lima, F. (2019). Avaliação de risco de violência intrafamiliar contra o idoso: a relação com o défice do autocuidado e a funcionalidade da família (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41765>
- Lima, F., Lopes, M., & Lima, T. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(1\).1241](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(1).1241)
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics 27* (8 Ed). Bertrand.
- Nazareth, J. (2007). *Demografia, a ciência da população* (2ª ed.). Ed. Presença.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.
- Parreira, V. (2022). *A solidão nos idosos: O efeito preditivo dos afetos negativos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Piaget. <http://hdl.handle.net/10400.26/41523>
- Pocinho, M., Farate, C., & Amaral Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 18, 65-77.

- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49 (1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Quakinin, S., & Barreira, D. (2015). Solidão e saúde mental. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28(1), 130-132.
- Sukyung, Y., & Mahapatra, N. (2024). Domestic violence, mental health, and resilience among older adults in the U.S. during COVID-19. *Journal of Aging & Health*, 36(3/4), 194-206. <https://doi.org/10.1177/08982643231181753>
- Torres et al. (2022). Aspectos biológicos e tecnológicos do processo de envelhecimento humano. Editora CRV.
- Valente Rosa, M. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Veríssimo, J., Verhaeghen, P., Goldman, N., Weinstein, M. & Ullman, M. (2022). Evidence that ageing yields improvements as well as declines across attention and executive functions. *Nat Hum Behav*, 6, 97-110. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01169-7>
- Xia, C., Xu, J., & Wang, Y. (2023). Getting good sleep with family support: The role of fear of crime and loneliness. *Behavioral Science*, 13, 909. <https://doi.org/10.3390/bs13110909>
- Yilmaz, M., Durmaz, A., & Arikan, I. (2022). Elderly abuse, affecting factors and evaluation of life satisfaction: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, 22(5), 612-620. <https://doi.org/10.1111/psyg.12862>

Bibliografia Complementar

- Abu Bashar, M.D., Begam, N., & Gnansekaran, S. (2025). Elderly loneliness: A growing public health challenge. In Z. Ahmed (Ed.) *Loneliness - The ultimate suffering in modern society*. IntechOpen. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1011160>
- Akhter-Khan, S. C., Prina, M., Wong, G. H.-Y., Mayston, R., & Li, L. (2022). Understanding and addressing older adults' loneliness: The social relationship expectations framework. *Perspectives on Psychological Science*, 18(4), 762-777. <https://doi.org/10.1177/17456916221127218>
- Anes, A., Gouveia, A. R., & Reis, M. (2019). Violência contra idosos: Um olhar sobre a realidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 123–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Araújo-Monteiro, G., Souto, R., de Sousa, R., dos Santos-Rodrigues, R., Carvalho, I., Gomes, A., & Brandão, B. (2024). Predictors of physical and psychological violence among community-dwelling elderly people. *Enfermagem Atual in Derme*, 98(3), 1-14.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2023). Estatísticas APAV: Relatório anual 2022. APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2024). Estatísticas APAV: Relatório anual 2023. APAV.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bruehl, A. B., Dimachk, M., & Crandall, M. (2019). Elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>
- Burnes, D., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2019). Elder abuse prevention: A systematic review of interventions. *The Gerontologist*, 59(1), 15–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx166>
- Carvalho, M., & Rodrigues, M. (2013). Pobreza e violência sobre os idosos. In M. Carvalho (Coord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 137–148). Pactor.
- Centro de Estudos Judiciários (2026). Violência contra as crianças e idosos no contexto mais amplo da violência doméstica. Coleção Formação Contínua. <https://cej.justica.gov.pt/Noticias/Novo-e-book-Violência-contra-as-crianças-e-idosos-no-contexto-mais-amplo-da-Violência-Doméstica>
- Chagas, S., Santos, T., & Rocha, A. (2024). Representações sociais e subjetividades da violência contra idosos: O impacto do abandono. *Análise Psicológica*, 42(1), 45–59.
- Conradi, S., & Cramer, H. (2025). The silent epidemic: Loneliness as a global public health challenge. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. 31, 9. <https://doi.org/10.1089/jicm.2025.0426>
- Conselho de Ministros (2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026*. Diário da República. Russell et al. (1978)
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Review and commentary of a national academies report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233–1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- European Commission (2021, 27 de janeiro). Green Paper on Ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. Publications Office of the European Union.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2020). *Envelhecimento em Portugal: Desafios e oportunidades*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gill JK. (2022). Barriers to Help Seeking among Victims of Elder Abuse: A Scoping Review and Implications for Public Health Policy in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 41(3), 460–475. <https://doi.org/10.1017/S0714980821000295>
- Gonçalves, G. (2022). *Solidão na pessoa idosa: Perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional* [Master dissertation, Escola Superior de Educação]. Repositório do Instituto Politécnico de Coimbra <http://hdl.handle.net/10400.26/42538>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568>
- Ibáñez-del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and emotional loneliness in older community dwelling-Individuals: The role of socio-demographics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2024). Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (art. 8.º). Diário da República n.º 152/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-125381607>
- Martins, A., Silva, P., & Ferreira, R. (2023). Níveis de solidão na população idosa em Portugal: Um estudo nacional. *Revista Portuguesa de Gerontologia*, 15(2), 45–60.
- Monteiro, I., Almeida, R., & Portugal, P. (2024). Health (dis)equalities and social isolation and loneliness in the older people: A qualitative study. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.237>
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *World report on ageing and health*. Genebra. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2022). Tackling abuse of older people: Five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356024>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global reach, dynamic causes, and active responses. *The Lancet*, 387(10020), 796–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00468-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00468-2)
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 32, 53-66. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399>
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25, 244 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>
- Redondo, A., Gil, A. P., & Ferreira, J. (2016). Dinâmicas organizacionais e violência institucional: O quotidiano das ERPI. *Fórum Sociológico*, (28), 35–44.
- Rosen, T., Makaroun, L. K., Conwell, Y., & Betz, M. (2019). Violence in older adults: Scope, impact, challenges, strategies for prevention. *Health Affairs*, 38(10), 1630–1637. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00577>
- Rudatis, C. (2020). *Violence against older women in Italy: Understanding the scope and possible interventions* [Tese de Doutoramento, Università di Genova].
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Humanities & Social Sciences Communications*, 12(1), 985. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, 12(2), 9-16.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. SNS, Lisboa.
- Serviço Nacional de Saúde 24 (2023). *Relatório sobre solidão e saúde da população idosa*. SNS.
- Silva, K. C. V., Vieira, S. de A., Souza, A. C. de, Silva, M. de L., & Bezerra, Y. C. P. (2025). O impacto da solidão e o isolamento social na saúde mental dos idosos. *Revista Contemporânea*, 5(7), e8659. <https://doi.org/10.56083/RCV5N7-098>
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024. Data Portal.

Vedder, P., Boon, J., & van Tilburg, T. (2022). Existential loneliness in later life: The role of loss and social support. *Aging & Mental Health*, 26(5), 977–985. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1806675>

Vinueza-Veloz, M. F., Nuñez-Rivero, Y., Leyva-Montero, M., Montero-López, I. L., & Mera-Segovia, C. M. (2021). Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos. *Revista Española de Geriatria*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.003>

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), 147–156.

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

Anexo

Tabela 1A. Instrumentos de recolha por dimensões, itens e sub-itens

Dominios	Dimensões	Itens	Sub-Itens
Dados sociodemográficos	Sexo	Masculino Feminino Outro	
	idade	Idosos Jovens- 65-74a Idosos- 75-84a Idosos mais Velhos-≥85a	
	Estado Civil	Solteiro/a Casado(a)/União de Facto Divorciado/a Viúvo/a	
	Escolaridade	Sem Ensino Básico Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior	
	Zona Onde Habita	Urbana Rural	
	Rendimento Mensal	- 500 euros de 501 a 870 euros de 871 a 1045 euros de 1046 a 1568 euros + de 1569 euros Prefiro não responder	
	Saúde	Doente Saudável	
	Autonomia	Dependente Independente	
	Local Onde Habita	Casa Própria/ Familiares - Com Quem	Sozinho/a Com Parceiro/a Com Filho/a(s) Com Parceiro/a e Filho/a(s) Com Outro(s)
		Casa Própria/ Familiares - Tipo de habitação	Apartamento Vivenda isolada Vivenda com vizinhos
		Casa Própria/ Familiares - Tem SAD	Não Sim
		Casa Própria/ Familiares - Serviços de SAD	Refeições Limpez Roupa Outro(s) Nenhuma
		Casa Própria/ Familiares - Tipo Atividades	Centro de Dia Centro de Convívio Universidade Sénior Outra(s) Nenhuma
		Casa Própria/ Familiares - Frequência Atividades	1 a 2 vezes por semana 3 a 5 vezes por semana 6 a 7 vezes por semana Nenhuma

Dados sociodemográficos (Cont.)		ERPI - Tipo de atividades	Atividades culturais da Instituição Atividades desportivas da Instituição Atividades de lazer da Instituição Outra(s) Nenhuma
		ERPI - Frequência de Atividades	1 a 2 vezes por semana 3 a 5 vezes por semana 6 a 7 vezes por semana Nenhuma
		Sem Resposta Habitacional- Habitação Social/ Temporária	Não Sim
		Sem Resposta Habitacional- Gestor de Caso	Não Sim
Solidão Loneliness Scale UCLA ; Russell et al. (1978) Traduzida e adaptada para Portugal por Pocinho, Farate & Amaral Dias (2010)	Solidão Total	Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16	
	D1- Solidão Emocional	Itens 1, 2, 3, 4 e 9	
	D2- Solidão Social	Itens 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16	
Violência Avaliação do Risco de Violência para Idosos EARVI ; Lima, Lopes, & Lima (2018) Traduzida e adaptada para Portugal por Lima (2019)	Violência Total	Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21	
	D1-Desconfiança/ Insegurança nas relações próximas	Itens 3, 4, 11, 14, 15, 18, 20 e 21	
	D2- Isolamento social	Itens 2, 6, 7, 10 e 17	
	D3- Dependência funcional	Itens 1, 9, 12 e 16	
	D4- Insegurança Financeira	Itens 5, 8, 13 e 19	

Fonte. Elaboração própria (2025)